

運動器リハビリテーション・セラピスト資格継続研修会開催要項

(主催：兵庫県整形外科医会)

1. 日時：令和7年7月27日（日） 午前9時から午後1時30分まで
2. 開催場所：兵庫県医師会館：2階大会議室（神戸市中央区三宮神戸阪急の東南）
3. 内容：運動器リハビリテーションシラバス（南江堂）に準拠
（講義は各1時間、合計4時間予定、試験なし、昼食のご用意はございません）
4. 取得単位：4単位（但し、完全受講）
5. 会費：兵庫県整形外科医会、JCOA会員医療機関：¥8000/名、
非会員医療機関：¥10000/名

6. 申込先：みやみつ整形外科リハビリクリニック 宮光 世裕 FAX：0798-38-7526

FAX番号は送信元と異なる番号です。お間違えの無いようお願い申し上げます。

7. 申し込み方法：別紙の申込用紙に医療機関名、医師名（会員、非会員を明記）、セラピストの氏名、認定証番号、視聴覚障害の有無等をご記入の上、申込先にFAXして下さい。会費の振込みも同時にお願いいたします。
8. 申し込み締め切り：令和7年7月18日（金）
9. 募集人員：300人
10. 会費の振り込み方法：
※下記の口座にセラピスト個人の名前でお振り込み下さい。
所属医療機関名を入れる場合には、個人氏名の後にご記入ください。

「りそな銀行 西宮支店 店番613 普通預金口座番号0338863

口座名：兵庫県整形外科医会 会計 宮光 世裕

当日、お振込みの控え（受領書）を必ずご持参下さい。

受領書の提示がないと会場に入場できませんのでご注意下さい。なお、領収書の発行はございません。「お振込みの控え（受領書）」を領収書の代わりとさせていただきます。

11. 会費振り込み期限：令和7年7月18日（金）

お申し込みがあってもこの日まで会費のお振込みがない場合には受講取り消しとさせていただきます。また、当日欠席した場合には会費の返金はいたしませんのでご了承下さい。

12. 問い合わせ先：みやみつ整形外科リハビリクリニック 宮光 世裕

TEL：0798-38-7525 FAX：0798-38-7526

運動器リハビリテーション・セラピスト資格継続研修会申込用紙
(主催：兵庫県整形外科医会)

受講者氏名 (セラピスト研修認定証・認定番号)

1. ()

2. ()

3. ()

4. ()

5. ()

6. ()

所属医療機関名：

〒 -
住所：

Tel: Fax:

管理者もしくは医師氏名：

JCOA日本臨床整形外科学会の 会員・非会員 (いずれかに○)
兵庫県整形外科医会の会員の 会員・非会員 (いずれかに○)

視聴覚障害の方の有無： 有 ・ 無 (いずれかに○) 有りの場合：() 名

視聴覚障害の方の氏名：

申し込先：兵庫県整形外科医会 セラピスト研修会実行委員長

みやみつ整形外科リハビリクリニック 宮光 世裕 宛 FAX: 0798-38-7526